

**Herzlich Willkommen in unserer Tierarztpraxis!**

Damit zum Wohle Ihres Tieres ab jetzt alles reibungslos verläuft, bitten wir Sie um die nachfolgenden Informationen.

**Besitzer:** Name: \_\_\_\_\_ Straße: \_\_\_\_\_  
Wohnort: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_  
Mobil: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_  
für Befunde / Impferinnerungen etc.

**Tierpatient:** Tierart:  Hund  Katze  Meerschwein  Vogel  Anderes: \_\_\_\_\_  
Name: \_\_\_\_\_ Geschlecht: männlich  weiblich   
Rasse: \_\_\_\_\_ kastriert   
Gewicht: \_\_\_\_\_ Fellfarbe: \_\_\_\_\_  
Geb-Datum: \_\_\_\_\_ Transponder: \_\_\_\_\_

Hat Ihr Tier eine dauerhafte Erkrankung? Ja  Nein  Welche? \_\_\_\_\_

Bekommt Ihr Tier täglich Medikamente? Ja  Nein  Welche? \_\_\_\_\_

Ist Ihr Tier regelmäßig geimpft/entwurm? Ja  Nein

Ich bin interessiert an naturheilkundlichen Behandlungsverfahren: Ja  Nein  vielleicht

Im Einklang der Gesetzesänderung vom 25.05.18 zur Datenschutzrichtlinie (DSGVO) werden Ihre Daten weiterhin Vertraulich behandelt. Mit Ihrer Unterschrift stimmen Sie zu.

Ich zahle: bar  EC

Datum / Unterschrift \_\_\_\_\_